

ปัจจัยที่มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง
ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 สงขลา
Factors Affecting Collaborative Governance for Ageing Health Promotion in
Urban Areas of Local Health Security Fund, Region 12th Songkhla

สัณญา ยีอราน^{1*} และ อาจินต์ สงทับ²

Sanya Yueran^{1*} and Archin Songthap²

นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร^{1*},
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร²

Students of the Doctor of Public Health Program Faculty of Public Health Naresuan University^{1*},
Faculty of Public Health, Naresuan University²

(Received: December 16, 2019; Revised: April 08, 2020; Accepted: October 01, 2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการอภิบาลผ่านความร่วมมือและปัจจัยที่มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 สงขลา กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 270 คน ได้แก่ คณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ และคณะทำงานด้านผู้สูงอายุของกองทุนหลักประกันสุขภาพ เขตเทศบาลเมืองและเทศบาลนคร จำนวน 9 แห่ง ๆ ละ 30 คน คัดเลือกโดยวิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริหารจัดการกองทุนและการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และ 2) แบบสอบถามการอภิบาลผ่านความร่วมมือ ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน มีค่าความตรงของเนื้อหา .80 -1.00 และค่าความเที่ยงของเครื่องมือ .72 และ .98 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงมาตรฐาน และสถิติการถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า

1. การอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 อยู่ในระดับมาก ($M=4.22, SD=0.54$) องค์ประกอบของการอภิบาลผ่านความร่วมมือ ประกอบด้วย 2 ส่วนหลัก คือ กลไกของการอภิบาลผ่านความร่วมมือ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M=4.19, SD=0.49$) และกระบวนการการอภิบาลผ่านความร่วมมือ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M=4.17, SD=0.48$)

2. ปัจจัยที่สามารถอธิบายความผันแปรของการอภิบาลผ่านความร่วมมือ ได้แก่ การติดตามและประเมินผล ($\beta =0.294$) การจัดการทรัพยากร ($\beta =0.213$) วัฒนธรรมองค์กร ($\beta =0.147$) การประชาสัมพันธ์ ($\beta =0.154$) การจัดการความเป็นผู้นำ ($\beta =0.109$) และการจัดการความรู้ ($\beta =0.127$) ซึ่งสามารถร่วมกันพยากรณ์ได้ร้อยละ 74.80

ข้อค้นพบจากการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้คณะทำงานที่เกี่ยวข้องในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นโดยเฉพาะด้านการติดตามและประเมินผล การจัดการทรัพยากร วัฒนธรรมองค์กร การประชาสัมพันธ์ การจัดการความเป็นผู้นำ และการจัดการความรู้

คำสำคัญ: การอภิบาลผ่านความร่วมมือ, การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ, กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: yam_sanya@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 089-8705625)

Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to determine factors for collaborative governance in ageing health promotion in urban areas of the Local Health Security Fund (LHSF) of Region 12th. A total of 270 subjects, 30 per each of the 9 municipalities, using multi-stage random sampling. They were recruited from committees as well as from an elderly group. Data were collected using a questionnaire including two parts: 1) knowledge about fund management and ageing health promotion, and 2) collaborative governance. The questionnaire was verified by 5 experts, yielding a content validity of 0.80 – 1.00, and a reliability of 0.72 and 0.98, respectively. Data were analyzed by descriptive statistics such as frequency, percentage, mean and standard deviation, while inferential statistic was a stepwise-multiple regression analysis.

Results showed that collaborative governance for ageing health promotion in urban areas of local health security fund, Region 12 was at high level ($M=4.22$, $SD=0.54$). Collaborative governance consisted of 2 main parts including collaborative governance mechanism, which was observed at a high level ($M=4.19$, $SD=0.49$). Collaborative governance process was also at high level ($M = 4.17$, $SD = 0.48$). Factors that can explain the variation in collaborative governance included monitoring and evaluation ($\beta = 0.294$), resource management ($\beta=0.213$), organization culture ($\beta=0.147$), public relations ($\beta=0.154$), leadership management ($\beta=0.109$) and knowledge management ($\beta=0.127$). These factors coincide with the collaborative governance at 74.80 %.

The findings from the study can be utilized as a guideline for related committees for the betterment of elderly health promotion, especially for: a) monitoring and evaluation, b) resource management, c) culture organization, d) public relations, e) leadership management, and f) knowledge management.

Keywords: Ageing Health Promotion, Collaborative Governance, Local Health Security Fund (LHSF)

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรทั่วโลกมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น (Morgan, & Kunkel, 2016) โดยในปี ค.ศ. 2015 จำนวนประชากร 19 ประเทศทั่วโลกรวมถึงประเทศไทย มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ประมาณ 700 ล้านคน และอายุ 80 ปี ขึ้นไป ประมาณ 100 ล้านคน (United Nations, 2015) สำหรับประเทศในประชาคมอาเซียน และประเทศไทย จะเข้าสู่สังคมสูงวัยทั้งหมดภายในปี พ.ศ. 2573 (Taweessit, Sanphuwat, & Chuanwan, 2013) ทั้งนี้ ตั้งแต่ปี 2548 ประเทศไทยได้เข้าสู่ “สังคมสูงวัย” (Aged society) และจะใช้เวลาประมาณ 16 ปี หรือประมาณปี 2564 ก่อนจะกลายเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” (Complete Aged Society) และใช้เวลาประมาณ 10 ปี หรือประมาณปี 2574 จะกลายเป็น “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” (Super Aged Society) (Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute, 2015) ดังนั้น World Health Organization (2016) ได้ประกาศกลยุทธ์ระดับโลกและแผนการปฏิบัติสำหรับการมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ (ปี 2016-2020) โดยเน้นให้ประชาชนทุกคนสามารถมีชีวิตอยู่อย่างยาวนานและการมีสุขภาพที่ดีในผู้สูงอายุ (Healthy Ageing) อาศัยกลยุทธ์ที่สำคัญ 5 ประการ คือ 1) ความมุ่งมั่นต่อปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ 2) การจัดระบบสุขภาพเพื่อสอดคล้องกับความต้องการของประชากรผู้สูงอายุ 3) การพัฒนาสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ 4) สร้างความเข้มแข็งในการดูแลระยะยาว และ 5) ปรับปรุงการประเมินผล การติดตามและการวิจัย โดยดำเนินการผ่านความร่วมมือการทำงาน (Collaboration) ของหลากหลายภาคส่วน

สำหรับประเทศไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ ผ่านการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น อาศัยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการ ภายใต้ความเห็นชอบของคณะกรรมการกองทุนฯ ที่มาจากความร่วมมือของหลายภาคส่วน ตามสัดส่วนที่กำหนด เพื่อเข้ามามีส่วนร่วมค้นหาปัญหาและความต้องการ วางแผน การดำเนินกิจกรรม รวมถึงการติดตามประเมินผลสนับสนุนงบประมาณตามแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุก ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตของประชาชน รวมถึงกลุ่มผู้สูงอายุ แต่เมื่อพิจารณาการใช้จ่ายงบประมาณทั้งหมดในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ ของทุกเขตทั่วประเทศไทยในปี พ.ศ. 2558 และ 2559 ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด โดยเฉพาะเขต 12 มีการใช้จ่ายในปี 2558 และปี 2559 เพียงร้อยละ 44.31 และ 44.91 ตามลำดับ (เกณฑ์ร้อยละ 80 ของงบประมาณในปีนั้น ๆ) และผลการประเมินภาพรวมน้อยกว่าเขตอื่น ๆ (กองทุนอยู่ในระดับศักยภาพปานกลาง) ที่สำคัญ การสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ฟื้นฟูและการรักษาของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ คนพิการ และศูนย์เด็กเล็ก มีการใช้จ่ายงบ อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด และต่ำกว่าเขตอื่น ๆ โดยมีการใช้จ่ายในปี พ.ศ. 2558 และ 2559 เพียงร้อยละ 9.82 และ 9.58 ตามลำดับ (เกณฑ์ร้อยละ 15) (National Health Security Office, 2017)

ผลลัพธ์การดำเนินงานที่ไม่บรรลุวัตถุประสงค์ของกองทุนฯ ที่ผ่านมา และปัญหาของการบริหารจัดการกองทุนฯ รวมถึงการบริหารจัดการระหว่างองค์กรประกอบต่าง ๆ ภายในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย เป็นไปในลักษณะแยกส่วน เกิดช่องว่างทั้งในด้านการจัดการทรัพยากรและการให้บริการต่อประชาชน รวมทั้งทีมผู้ให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนยังเป็นกลุ่มเฉพาะ ขาดความหลากหลาย ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้ไม่ทั่วถึง การปฏิรูปโดยการปรับระบบและบทบาทการให้บริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพ เป็นสิ่งจำเป็น (National Reform Council, 2015) จากปัญหาดังกล่าวนำไปสู่ข้อเสนอการศึกษาในประเด็นการบริหารจัดการกองทุนฯ ผ่านความร่วมมือ การมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุโดยเฉพาะเขตเมืองด้วยการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุผ่านความร่วมมือของหลากหลายภาคส่วน สอดคล้องกับ ประทีป ธนกิจเจริญ เสนอการพัฒนากองทุนให้มีระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ โปร่งใส ตรวจสอบได้ และสร้างความเป็นเจ้าของ (Ownership) ของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในชุมชน โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการสาธารณสุข และประชาชนทุกกลุ่มในชุมชน อาศัยภูมิปัญญาและพลังความร่วมมือของทุกภาคส่วน เป็นเครื่องมือสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคในชุมชน (National Health Security Office, 2014)

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในเรื่องการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารจัดการกองทุนฯ มากที่สุดคือ ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ (Seankosa, Kosonkittumporn, & Poosri, 2014) และปัจจัยด้านความร่วมมือ (Khotwantha, Phromsatyaporn, & Hanjansit, 2014) สำหรับปัญหาและอุปสรรค ที่สำคัญส่งผลให้การบริหารจัดการขาดประสิทธิภาพ คือ กระบวนการ โดยเฉพาะการขาดความร่วมมือจากภาคประชาชน (Chaisawang, Khamrat, & Banchonhattakit, 2009) นอกจากนี้จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการบริหารจัดการความร่วมมือที่มีหลายภาคส่วน คือ แนวคิดการอภิบาลผ่านความร่วมมือ (Collaborative Governance) ของ Emerson, & Nabathci (2015) เป็นรูปแบบการบริหารจัดการระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน โดยอาศัยองค์ประกอบของความร่วมมือ ได้แก่ กลไกการอภิบาลความร่วมมือ และกระบวนการอภิบาลความร่วมมือ (การมีส่วนร่วมตามหลักหลักธรรมาภิบาล การพัฒนาแรงจูงใจร่วมกัน และการสร้างศักยภาพในการปฏิบัติการร่วมกัน) ในการพิจารณาตัดสินใจและการจัดการตามข้อตกลงการอภิปรายร่วมกันเพื่อกำหนดนโยบาย นำนโยบายสู่การปฏิบัติ และบริหารจัดการโครงการ หรือทรัพยากรต่าง ๆ ร่วมกัน นำไปสู่ผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์ของกองทุนฯ และผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กำหนด

ดังนั้น ผู้วิจัย จึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 ผลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุน

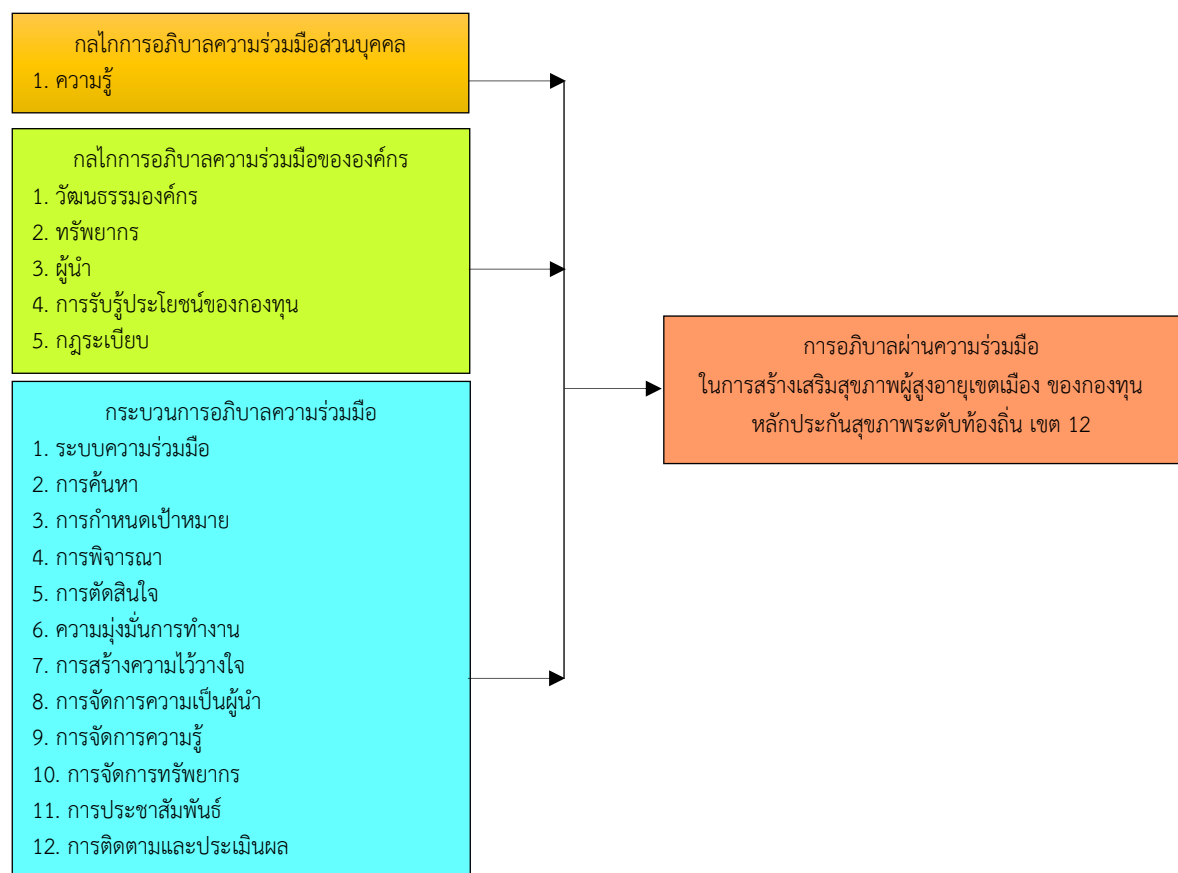
หลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 รวมทั้งนำไปใช้ประโยชน์ทั้งในเชิงปฏิบัติการ เชิงวิชาการ และเชิงนโยบายของการพัฒนากองทุนฯ สำหรับการสนับสนุนงบประมาณเพื่อให้ประชาชนทุกคนสามารถมีชีวิตอยู่อย่างยาวนานและการมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพในทุกระดับพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการอภิบาลผ่านความร่วมมือ กลไก และกระบวนการของการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการอภิบาลผ่านความร่วมมือ (Collaborative Governance) ของ Emerson, & Nabathci (2015) รวมถึงตัวแปรปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการบริหารจัดการกองทุนฯ ประกอบด้วย กลไกการอภิบาลความร่วมมือ และกระบวนการอภิบาลความร่วมมือ ที่สามารถนำไปสู่การอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Studies)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้ ได้แก่ คณะกรรมการบริหาร คณะอนุกรรมการ และ/หรือ คณะทำงานด้านผู้สูงอายุของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับเทศบาลนคร และเทศบาลเมือง ซึ่งมีจำนวนประชากรไม่แน่นอนในแต่ละกองทุนของเขตพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 12 สงขลา รวม 7 จังหวัด ได้แก่ ตรัง พัทลุง สตูล สงขลา ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส จำนวนทั้งสิ้น 25 กองทุน ประกอบด้วย เทศบาลนคร 4 แห่ง และเทศบาลเมือง 21 แห่ง (จังหวัดตรัง 2 กองทุน ได้แก่ เทศบาลนคร 1 แห่ง และเทศบาลเมือง 1 แห่ง พัทลุง 1 กองทุน ได้แก่ เทศบาลเมือง 1 แห่ง สตูล 1 กองทุน ได้แก่ เทศบาลเมือง 1 แห่ง สงขลา 13 กองทุน ได้แก่ เทศบาลนคร 2 แห่ง และเทศบาลเมือง 11 แห่ง ปัตตานี 2 กองทุน ได้แก่ เทศบาลเมือง 2 แห่ง ยะลา 3 กองทุน ได้แก่ เทศบาลนคร 1 แห่ง และเทศบาลเมือง 2 แห่ง และนราธิวาส 3 กองทุน ได้แก่ เทศบาลเมือง 3 แห่ง)

เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ เป็นกลุ่มตัวอย่างได้รับแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ หรือ คณะทำงานด้านผู้สูงอายุของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น มีประสบการณ์การทำงานในกองทุนฯ มาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ สำหรับเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างเกิดภาวะเจ็บป่วยรุนแรงหรือเจ็บป่วยกะทันหันจนไม่สามารถให้ข้อมูลการวิจัยได้ และหากมีการปฏิเสธหรือไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด หรือเสียชีวิต หรือทุพพลภาพ รวมถึงหากมีการเดินทางออกจากพื้นที่วิจัยอย่างถาวร

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่จำนวนประชากรไม่แน่นอนของ Daniel, & Cross (2013) สำหรับประมาณการค่าเฉลี่ยของประชากร จากคณะกรรมการบริหาร คณะอนุกรรมการ และ/หรือคณะทำงานด้านผู้สูงอายุของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับเทศบาลนครและเทศบาลเมือง จำนวนทั้งสิ้น 25 กองทุน ที่ระดับความเชื่อมั่น (Confidence Level; $Z = 1.96$) ระดับความแปรปรวน เท่ากับ 0.39 คำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างได้ 234 คน ผู้วิจัยปรับเพิ่มเป็นจำนวนเต็ม ได้เท่ากับ 240 คน และจากนั้นผู้วิจัยกำหนดให้ค่าอัตราการสูญเสียเท่ากับร้อยละ 10 ($R = 10$) เพื่อลดปัญหาของการตอบกลับของแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์หรือน้อยกว่าที่กำหนด หรือข้อมูลมีการสูญหาย (Missing Data) (Chaimay, 2013) ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 270 คน

การได้มาของคณะกรรมการบริหาร คณะอนุกรรมการ และ/หรือคณะทำงานด้านผู้สูงอายุของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับเทศบาลนครและเทศบาลเมือง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) (Kaemkate, 2012) ด้วยการสุ่มจากประชากรของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น เขตเมือง ทั้งหมด 25 แห่ง เพื่อได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 270 คน ได้แก่ กองทุนระดับเทศบาลนคร จำนวน 4 แห่ง และกองทุนระดับเทศบาลเมือง จำนวน 21 แห่ง กำหนดสัดส่วนกองทุนแต่ละกลุ่มควรได้รับคัดเลือกร้อยละ 30 ประกอบด้วยการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) ผลจากการคัดเลือกพื้นที่ คือ เทศบาลนคร 2 กองทุน และเทศบาลเมือง 7 กองทุน แต่เนื่องจากพื้นที่ของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น เขตเมืองของเขต 12 สงขลา มีการกระจายตัวของกองทุนในแต่ละจังหวัดแตกต่างกัน เพื่อป้องกันการกระจุกตัวของกลุ่มและลดความคลาดเคลื่อน จึงได้แบ่งพื้นที่ เป็น 3 โซน อาศัยการสุ่มตัวอย่างแบบยักกลุ่ม (Cluster Random Sampling) ผลที่ได้จากการคัดเลือกคือ เทศบาลนครโซนเหนือรวมกับโซนใต้ คัดเลือก 1 กองทุน และโซนกลาง คัดเลือก 1 กองทุน เทศบาลเมืองโซนเหนือ 1 กองทุน เทศบาลเมืองโซนกลาง 3 กองทุน และเทศบาลเมืองโซนใต้ 3 กองทุน และการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยใช้วิธีการจับสลากแบบไม่ใส่คืนกลับ ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกทั้งหมด จำนวน 9 แห่ง ประกอบด้วย เทศบาลนคร จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ เทศบาลนครสงขลา และเทศบาลนครตรัง ส่วนเทศบาลเมืองได้รับการคัดเลือก จำนวน 7 แห่ง ได้แก่

เทศบาลเมืองพัทลุง สตุล บ้านพรุ ควนลิ่ง ปัตตานี นราธิวาส และสะเตงนอก ทั้งนี้ แต่ละแห่งทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายพื้นที่ละ 30 คน ที่ประกอบด้วยคณะกรรมการบริหาร 15 คน และคณะกรรมการ หรือคณะทำงานด้านผู้สูงอายุ จำนวน 15 คน รวมทั้งสิ้น 270 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาสร้างแบบสอบถาม สามารถแบ่งออกได้เป็น 5 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ ตำแหน่งในองค์กร/พื้นที่ ตำแหน่งในกองทุน ระยะเวลาและจำนวนครั้งของการดำรงตำแหน่งในกองทุน ประสบการณ์และจำนวนครั้งของการอบรมเกี่ยวกับกองทุน ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบ และเติมข้อความในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นและการสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 17 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบด้วยคำตอบ ถูก- ผิด การประเมินผลแบบอิงเกณฑ์แบ่งระดับความรู้เป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของ Lacharaj (1994) ดังนี้

ความรู้ต่ำ มีคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 หรือ น้อยกว่า 9 คะแนน

ความรู้ปานกลาง มีคะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 60 – 70 หรือ 10 – 13 คะแนน

ความรู้สูง มีคะแนนมากกว่าร้อยละ 80 หรือ 14 – 17 คะแนน

ส่วนที่ 3 เป็นแบบคำถามระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับกลไกการอภิบาลผ่านความร่วมมือ จำนวน 17 ข้อ ประกอบด้วย ด้านวัฒนธรรมองค์กร 4 ข้อ ทรัพยากร 3 ข้อ ผู้นำ 4 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ 3 ข้อ และกฎระเบียบ 3 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีค่าน้ำหนัก 5 ระดับ ตั้งแต่ 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด จนถึง 1 เห็นด้วยน้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 เป็นแบบคำถามระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับกระบวนการอภิบาลผ่านความร่วมมือ จำนวน 41 ข้อ ประกอบด้วย ระบบความร่วมมือ 3 ข้อ การค้นหาปัญหา 3 ข้อ การกำหนดเป้าหมาย 3 ข้อ การพิจารณา 3 ข้อ การตัดสินใจ 5 ข้อ ความมุ่งมั่น 3 ข้อ ความไว้วางใจ 3 ข้อ ความเป็นผู้นำ 4 ข้อ การจัดการความรู้ 3 ข้อ การจัดการทรัพยากร 5 ข้อ การประชาสัมพันธ์ 3 ข้อ และการติดตามและประเมินผล 3 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีค่าน้ำหนัก 5 ระดับ ตั้งแต่ 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด จนถึง 1 เห็นด้วยน้อยที่สุด

ส่วนที่ 5 เป็นแบบคำถามระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการอภิบาลผ่านความร่วมมือ จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย ประสิทธิภาพ 3 ข้อ คุณภาพความสัมพันธ์ 3 ข้อ การรับรู้มุมมองที่กว้างขึ้น 1 ข้อ และความเหนียวแน่นของเครือข่าย 1 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีค่าน้ำหนัก 5 ระดับ ตั้งแต่ 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด จนถึง 1 เห็นด้วยน้อยที่สุด

แบบสอบถามส่วนที่ 2 – 4 กำหนดค่าคะแนนเฉลี่ยมาเปรียบเทียบตามเกณฑ์ ของ Angsuchoti, & Phuangsomjit (2014) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง ความคิดเห็นระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49, หมายถึง ความคิดเห็นระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49, หมายถึง ความคิดเห็นระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง ความคิดเห็นระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง ความคิดเห็นระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ใช้วิธีตรวจสอบดัชนีความสอดคล้อง ระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วย 1) แบบสอบถาม

ความรู้เกี่ยวกับการการบริหารจัดการกองทุนและการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และ 2) แบบสอบถามส่วนกลไก กระบวนการ และการอภิบาลผ่านความร่วมมือทั้งฉบับ มีค่าความตรงของเนื้อหา เท่ากับ .80-1.00

การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจความตรงตาม เนื้อหาและแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้กับคณะกรรมการ และคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานด้าน ผู้สูงอายุ ของกองทุนฯ เทศบาลนครยะลา จำนวน 30 คน หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-coefficient) ของครอนบาค (Cronbach, 1970) สำหรับการหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามที่อยู่ในรูปของสเกลมาตรวัด และใช้เทคนิคของ Kuder-Richardson Approaches (KR-20) (Kuder, & Richardson, 1937) การหาค่าความ เที่ยงของแบบทดสอบที่เป็นลักษณะ ถูก ผิด และค่าความเที่ยงของเครื่องมือได้เท่ากับ .72 และ .98

การเก็บรวบรวมเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยการประสานงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับ ท้องถิ่นที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 9 แห่ง หลังจากนั้นนัดหมายเกี่ยวกับ วัน เวลา และสถานที่ เมื่อถึงวันที่กำหนด ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ข้อตกลง และทำความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการ/ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัยและเซ็นใบยินยอม ผู้วิจัยทำการแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่ม ตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ระหว่างที่ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล หากข้อคำถามใดมีปัญหา ก็ สามารถซักถาม และผู้วิจัยอธิบายเพิ่มเติมเพื่อความเข้าใจ หลังจากนั้นผู้วิจัยรวบรวมแบบสอบถาม และตรวจสอบ ความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลเพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ และค่าร้อยละ
2. การวิเคราะห์ข้อมูลความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับ ท้องถิ่นและการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ ค่าความถี่ และค่าร้อยละ
3. การวิเคราะห์ข้อมูลระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับกลไก กระบวนการ และการอภิบาลผ่านความร่วมมือ ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 โดยใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
4. การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยที่มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขต เมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 สงขลา โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ แบบเป็นขั้นตอน (Stepwise-Multiple Regression Analysis) ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นจำนวน 5 ข้อ ของ (Vanichbuncha, & Vanichbuncha (2017) พบว่า ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงของตัวแปรอิสระกับตัวแปร ตามที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ความเป็นอิสระต่อกันของค่าความคลาดเคลื่อนพิจารณาจากค่า Dubin-Watson เท่ากับ 1.872 (เกณฑ์คือ 1.50 - 2.50) การแจกแจงปกติของค่าความคลาดเคลื่อน พิจารณาจากตาราง Residuals Statistic พบว่า ค่า Mean เท่ากับ 0 (เกณฑ์คือ Mean = 0) และค่า SD เท่ากับ 0.27 (เกณฑ์คือ SD เข้าใกล้ 1) ซึ่งสอดคล้องกับการแปลผลจากกราฟ Normal Probability Plot ตรวจสอบค่าความแปรปรวนของ ความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ (Homo-Scedasticity) โดยพิจารณาจากกราฟ Scatter Plot พบว่าค่าความ คลาดเคลื่อนกระจายรอบ ๆ ค่า 0 และค่อนข้างคงที่ และตรวจสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระต้องไม่สูง เกินไป (Multi-Collinearity) โดยพิจารณาจาก Correlation Matrix พบว่า ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระมี ค่าตั้งแต่ 0.00 ถึง 0.77 (เกณฑ์คือ น้อยกว่า 0.80) ร่วมกับการพิจารณาจากค่าปัจจัยความแปรปรวนที่เพิ่มสูงขึ้น (Variance inflation factor) มีค่าตั้งแต่ 1.02 ถึง 3.02 (เกณฑ์คือ ทุกค่าต้องน้อยกว่า 10) และ Tolerance มีค่า ตั้งแต่ 0.33 ถึง 0.99 (เกณฑ์คือ มีค่าเข้าใกล้ 1 แต่ไม่เกิน 1)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านพิจารณาและได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก เลขที่ 0131/2561 ตั้งแต่วันที่ 20 พฤษภาคม 2561 ถึง 20 พฤษภาคม 2562

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.49 อายุเฉลี่ย 51.56 ปี อายุสูงสุด 82 ปี และอายุต่ำสุด 23 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 77.78 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 61.86 เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 27.41 มาจากหน่วยบริการสาธารณสุข ร้อยละ 38.89 ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งเฉลี่ย เท่ากับ 4 ปี น้อยที่สุด เท่ากับ 1 ปี จำนวนครั้งของการดำรงตำแหน่งเฉลี่ย 1.63 ครั้ง มากที่สุด 4 ครั้ง น้อยที่สุด 1 ครั้ง เคยได้รับการฝึกอบรม ร้อยละ 63.34 และในรอบ 1 ปี ได้รับการฝึกอบรมจำนวน 1 ครั้ง ร้อยละ 88.31

2. ความรู้ เกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นและการสร้างเสริมสุขภาพ

ตาราง 1 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นและการสร้างเสริมสุขภาพ

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (คะแนนน้อยกว่า 9)	7	2.60
ปานกลาง (คะแนนอยู่ระหว่าง 10 – 13)	99	36.67
สูง (คะแนนมากกว่า 14 - 17)	164	60.73
รวม	270	100.00

$M=14.36, SD=2.37$

จากตาราง 1 กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น และการสร้างเสริมสุขภาพ โดยรวมค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($M=14.36, SD=2.37$) และเมื่อพิจารณาระดับความรู้ พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 60.73 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 36.67 และระดับต่ำ ร้อยละ 2.60 ตามลำดับ

3. ปัจจัยการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของปัจจัยของการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12

ปัจจัยของการอภิบาลผ่านความร่วมมือ	M	SD	ระดับ
1. ด้านกลไกของการอภิบาลผ่านความร่วมมือ	4.19	0.49	มาก
1.1 กลไกด้านวัฒนธรรมองค์กร	4.31	0.57	มาก
1.2 กลไกด้านทรัพยากร	4.09	0.63	มาก
1.3 กลไกด้านผู้นำ	4.21	0.61	มาก
1.4 กลไกด้านการรับรู้ประโยชน์ของกองทุน	4.24	0.59	มาก
1.5 กลไกด้านกฎระเบียบของกองทุน	4.06	0.68	มาก

ตาราง 2 (ต่อ)

ปัจจัยของการอภิบาลผ่านความร่วมมือ	M	SD	ระดับ
2. ด้านกระบวนการของการอภิบาลผ่านความร่วมมือ	4.17	0.48	มาก
2.1 ระบบของความร่วมมือ	4.19	0.60	มาก
2.2 กระบวนการค้นหาปัญหา	4.05	0.67	มาก
2.3 กระบวนการกำหนดเป้าหมาย	4.06	0.67	มาก
2.4 กระบวนการพิจารณา	4.29	0.51	มาก
2.5 กระบวนการตัดสินใจ	4.29	0.51	มาก
2.6 กระบวนการมุ่งมั่นทุ่มเทการทำงาน	4.14	0.60	มาก
2.7 กระบวนการสร้างความไว้วางใจ	4.31	0.55	มาก
2.8 กระบวนการจัดการความเป็นผู้นำ	4.23	0.56	มาก
2.9 กระบวนการจัดการความรู้	4.09	0.63	มาก
2.10 กระบวนการจัดการทรัพยากร	4.14	0.56	มาก
2.11 กระบวนการประชาสัมพันธ์	4.10	0.68	มาก
2.12 กระบวนการติดตามและประเมินผล	4.15	0.61	มาก

จากตาราง 2 ในภาพรวมปัจจัยของการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 อยู่ในระดับมาก โดยที่ค่าเฉลี่ยปัจจัยด้านกลไกของการอภิบาลผ่านความร่วมมือ และปัจจัยด้านกระบวนการของการอภิบาลผ่านความร่วมมือเท่ากับ 4.19 ($SD=0.49$) และ 4.17 ($SD=0.48$) ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายด้านของปัจจัยด้านกลไกของการอภิบาลผ่านความร่วมมือ พบว่า ทุกปัจจัยอยู่ในระดับมาก โดยปัจจัยที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ กลไกด้านวัฒนธรรมองค์กร ($M=4.31$, $SD=0.57$) รองลงมาคือกลไกด้านการรับรู้ประโยชน์ของกองทุน ($M=4.24$, $SD=0.59$) และปัจจัยด้านกระบวนการของการอภิบาลผ่านความร่วมมือ พบว่า ทุกปัจจัยอยู่ในระดับมาก โดยปัจจัยที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ กระบวนการสร้างความไว้วางใจ ($M=4.10$, $SD=0.47$) รองลงมาเป็นกระบวนการพิจารณาและกระบวนการตัดสินใจ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากัน ($M=4.10$, $SD=0.50$)

4. การอภิบาลความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการอภิบาลความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12

การอภิบาลผ่านความร่วมมือ	M	SD	ระดับ
1. ประสิทธิผลของความร่วมมือ	4.23	0.59	มาก
2. คุณภาพความสัมพันธ์ของความร่วมมือ	4.21	0.58	มาก
3. การรับรู้มุมมองความคิดเห็นของความร่วมมือ	4.19	0.67	มาก
4. ความเหนียวแน่นของเครือข่ายความร่วมมือ	4.24	0.66	มาก
รวม	4.22	0.54	มาก

จากตาราง 3 พบว่า การอภิบาลความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 ทั้ง 4 ด้านโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M=4.22$, $SD=0.54$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ประสิทธิผลของความร่วมมือมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($M=4.23$, $SD=0.59$) ส่วนการรับรู้มุมมองความคิดเห็นของความร่วมมือมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ($M=4.19$, $SD=0.67$)

5. ปัจจัยที่มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12

ปัจจัยที่มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 พบว่า มีตัวแปรอิสระ 6 ตัว ซึ่งสามารถอธิบายความผันแปรของการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 ได้ร้อยละ 74.80 ด้วยความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์เท่ากับ 0.275

ตาราง 4 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุของตัวแปร ที่ส่งผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 สงขลา

ตัวแปรพยากรณ์	R^2	R^2 Change	Beta	b	s.e. of b	t	p-value
การติดตามและประเมินผล	0.596	0.596	0.294	0.261	0.045	5.777	<0.001
การจัดการทรัพยากร	0.696	0.099	0.213	0.206	0.054	3.820	<0.001
วัฒนธรรมองค์กร	0.720	0.24	0.147	0.140	0.036	3.903	<0.001
การประชาสัมพันธ์	0.735	0.16	0.154	0.123	0.037	3.292	0.001
การจัดการความเป็นผู้นำ	0.743	0.007	0.109	0.107	0.043	2.475	<0.05
การจัดการความรู้	0.748	0.006	0.127	0.109	0.046	2.404	<0.05

Constant (a) = 0.274, R Square = 0.748, Adjusted R Square = 0.743, F = 130.400, P<0.001

ปัจจัยที่มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 สงขลา เรียงตามลำดับตามความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนของการอภิบาลผ่านความร่วมมือจากมากไปหาน้อยได้ดังนี้ ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 1 คือ การติดตามและประเมินผล โดยมีผลทางบวกต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 59.6 (R Square = 0.596) โดยเมื่อคะแนนการติดตามและประเมินผล เพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนการอภิบาลผ่านความร่วมมือจะเพิ่มขึ้น 0.261 คะแนน ($B = 0.261$) ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 2 คือ การจัดการทรัพยากร โดยมีผลทางบวกต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 9.9 เป็นร้อยละ 69.6 (R Square Change = 0.099, R Square = 0.696) โดยเมื่อการจัดการทรัพยากร เพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนการอภิบาลผ่านความร่วมมือจะเพิ่มขึ้น 0.206 คะแนน ($B = 0.206$) และตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 3 คือ วัฒนธรรมองค์กร ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 24.0 เป็นร้อยละ 72.0 (R Square Change = 0.24, R Square = 0.720) โดยเมื่อวัฒนธรรมองค์กร เพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนการอภิบาลผ่านความร่วมมือจะเพิ่มขึ้น 0.140 คะแนน ($B = 0.140$) และแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 4, 5 และ 6 ซึ่งได้แก่ การประชาสัมพันธ์ การจัดการความเป็นผู้นำ และการจัดการความรู้ จะมีลักษณะเช่นเดียวกันตามลำดับ ซึ่งตัวแปรทั้ง 6 ตัวแปรสามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงาน ได้ร้อยละ 74.8 ส่วนตัวแปรอื่น ๆ ไม่มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 สงขลา รายละเอียดดังตาราง 4 โดยสามารถเขียนเป็นสมการพยากรณ์คะแนนดิบได้ดังนี้

การอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 สงขลา = $0.274 + 0.261$ (การติดตามและประเมินผล) + 0.206 (การจัดการทรัพยากร) + 0.140 (วัฒนธรรมองค์กร) + 0.123 (การประชาสัมพันธ์) + 0.107 (การจัดการความเป็นผู้นำ) + 0.109 (การจัดการความรู้)

อภิปรายผล

1. การอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 ทั้ง 4 ตำบลนั้น โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M=4.22, SD=0.54$) โดยเฉพาะประสิทธิผลของความร่วมมือเกิดจากกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของกองทุน คุณภาพความสัมพันธ์ของความร่วมมือเกิดจากความพึงพอใจต่อการการทำงานร่วมกันของคณะกรรมการ การรับรู้มุมมองที่กว้างขึ้นเป็นการรับรู้ความคิดเห็นของแต่ละบุคคลที่ทำงานร่วมกันสู่การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และความเหนียวแน่นของเครือข่ายเกิดจากการยอมรับซึ่งกันและกัน ระหว่างองค์กร หรือกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม การอภิบาลผ่านความร่วมมือที่มีศักยภาพเป็นเรื่องสำคัญ อาจเป็นการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมภายใต้เงื่อนไขตามบริบทของระบบ หรืออาจมีการเปลี่ยนแปลงในสภาพที่เฉพาะเจาะจง ทำให้เกิดการก่อตัวของการอภิบาลผ่านความร่วมมือ อาจรวมถึงคุณภาพหรือปริมาณที่ดีขึ้นของสาธารณประโยชน์ และขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับ Thomson, Perry, & Miller (2015) ที่เห็นว่า ความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการความร่วมมือ ประกอบด้วย การรับรู้ประสิทธิผล การรับรู้คุณภาพสัมพันธ์ของการทำงาน การรับรู้มุมมองความคิดเห็น การรับรู้ความเหนียวแน่นขององค์กร การรับรู้ความสัมพันธ์ในอำนาจ และสอดคล้องกับ Sun (2017) ที่เห็นว่า สิทธิและความเท่าเทียมกันของผู้เข้าร่วม และการให้น้ำหนักความแตกต่างกันตามสถานการณ์ของสมาชิก ควรจะมีการใส่ใจกับคุณภาพและโครงสร้างของสมาชิก โดยเฉพาะอย่างยิ่งความสัมพันธ์ที่มีอยู่ก่อน แม้ว่าความสัมพันธ์จะเป็นทางบวกหรือลบก็จะมีผลต่อกระบวนการอภิบาลผ่านความร่วมมือ

2. กลไกการอภิบาลความร่วมมือส่วนบุคคลในประเด็นผลจากการศึกษาความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น และการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น และการสร้างเสริมสุขภาพ โดยรวมค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง เป็นผลจากการที่กลุ่มตัวอย่างในปีที่ผ่านมาได้รับการฝึกอบรมอย่างน้อยจำนวน 1 ครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับการประเมินผลสัมฤทธิ์ด้านพฤติกรรมตามแนวคิดของเคิร์กแพทริกกรณีศึกษาการฝึกอบรมโครงการพัฒนาผู้นำยุคดิจิทัล ที่พบว่า ผู้เข้าร่วมอบรมมีพฤติกรรมการทำงานที่เปลี่ยนแปลงไปหลังการอบรม มีการนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการทำงาน (Thanadechawat, Sadaenghan, & Ingard, 2017) แต่ยังมี ความไม่รู้อหรือเข้าใจคลาดเคลื่อนอยู่ในบางประเด็น ดังนั้น ควรมีการให้ความรู้ เกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น และการสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ที่สำคัญความรู้เป็นกลไกหนึ่งของการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 สอดคล้องกับ Chatameena, Warasai, & Chindapol (2008) ที่ได้สรุปไว้ว่าการถ่ายทอดความรู้ ความเข้าใจ และประสบการณ์ให้กันภายในระหว่างบุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จในการบริหารจัดการและดำเนินโครงการของ อบจ.แพร่ และของ อบจ.พิษณุโลก

3. ผลการศึกษาปัจจัยทั้งในด้านกลไกระดับองค์กร และกระบวนการของการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 ภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยที่ค่าเฉลี่ยปัจจัยด้านกลไกของการอภิบาลผ่านความร่วมมือ และปัจจัยด้านกระบวนการของการอภิบาลผ่านความร่วมมือเท่ากับ 4.19 ($SD=0.49$) และ 4.17 ($SD=0.48$) จะเห็นว่า ปัจจัยของการอภิบาลผ่านความร่วมมือประกอบด้วยหลายมิติของตัวแปรที่เสริมกันเป็นระบบ ภายในระบบประกอบด้วยส่วนประกอบและองค์ประกอบต่าง ๆ ที่ถูกจัดวางให้ทำงานร่วมกันเป็นแบบพลวัตผ่านตัวขับเคลื่อนหรือกลไก และจะพยายามผลักดันช่วยให้เกิดการริเริ่มของกระบวนการความร่วมมือที่นำไปสู่การลงมือปฏิบัติ เพื่อเป้าหมายของความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง สอดคล้องกับ Emerson, & Nabathci (2015) ที่ได้เสนอว่า กรอบการบูรณาการการอภิบาลผ่านความร่วมมือประกอบด้วย บริบทของระบบ (system context) ที่มีผลต่อการกระตุ้นตัวขับเคลื่อนหรือกลไก (Driver) หลักจากนั้นจะมีการพยายามผลักดันช่วยให้เกิดการริเริ่มของระบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือ (Collaboration Governance Regime: CGR) ที่ภายในประกอบด้วยกระบวนการ

ของความร่วมมือ (Collaboration Dynamics) และการปฏิบัติ (Actions) สู่เป้าหมายของความร่วมมือ (Outcomes)

4. ปัจจัยที่มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 พบว่า ประกอบด้วย การติดตามและประเมินผล การจัดการทรัพยากร วัฒนธรรมองค์กร การประชาสัมพันธ์ การจัดการความเป็นผู้นำ และการจัดการความรู้ ซึ่งสามารถอธิบายความผันแปรของระดับการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 ได้ร้อยละ 74.80 ด้วยความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์เท่ากับ 0.275 ซึ่งปัจจัยหลักเหล่านี้จะทำให้เกิดการกระบวนของความร่วมมือที่นำไปสู่การลงมือปฏิบัติ เพื่อเป้าหมายของความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 สงขลา

ผลจากการศึกษาดังกล่าว จะเห็นว่า การติดตามและประเมินผลเป็นกระบวนการของการเก็บรวบรวมข้อมูลของการดำเนินงาน เพื่อใช้เป็นข้อมูลย้อนกลับในการตรวจสอบการดำเนินงาน และผลการดำเนินงาน สำหรับการตัดสินใจ สอดคล้องกับ Ianrum, Promaruk, & Talubnin (2015) ที่ได้ศึกษาการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ ตำบลเมืองฝาง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่ได้จากการศึกษาประกอบด้วย การประชาสัมพันธ์ และการติดตามรายงานผลการดำเนินงาน และสอดคล้องกับ Phuntulee, & Wanitchanon (2014) เห็นว่า กระบวนการติดตามประเมินผล การประชาสัมพันธ์ เป็นปัจจัยสำคัญของการพัฒนาขีดความสามารถด้านการบริหารจัดการของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดแพร่

การจัดการทรัพยากร เป็นกระบวนการของการได้มาซึ่งทรัพยากรมนุษย์ เทคโนโลยี เงินทุน และทรัพยากรอื่น ๆ ที่จำเป็นต่อการบรรลุเป้าหมายร่วมกัน รวมไปถึงการกระจายทรัพยากรที่สำคัญของกองทุน เพื่อนำทรัพยากรเหล่านั้นไปใช้อย่างเหมาะสม เกิดประโยชน์สูงสุด สอดคล้องกับ Jamsomboon (2016) ที่เห็นว่า แนวทางการพัฒนาที่สำคัญของการจัดการอย่างยั่งยืนกับประสิทธิภาพการบริหารรายการเทิดพระเกียรติของสถานีวิทย์โทรทัศนค์กองทัพบก ควรมียุทธศาสตร์แนวคิดการจัดการทรัพยากร ธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมร่วมด้วย

วัฒนธรรมองค์กร เป็นเครื่องมือทางการบริหารที่สำคัญขององค์กร เกิดจากแนวทางการปฏิบัติหรือพฤติกรรมที่สร้างขึ้นจากบุคคลที่เข้าร่วมความร่วมมือภายในกองทุน โดยมีการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน และยึดถือปฏิบัติกันจนเป็นธรรมเนียมปฏิบัติในกองทุนนั้น สะท้อนถึงกระบวนการคิด การตัดสินใจ และเป็นเครื่องมือที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานขององค์กร สอดคล้องกับ Department of Royal Rainmaking and Agricultural Aviation (2017) ได้ดำเนินการเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กรโดยมีการจัดทำแผนวัฒนธรรมองค์กรระยะ 5 ปี เพื่อกำหนดทิศทางและแนวทางในการเสริมสร้างให้บุคลากรมีพฤติกรรมตามแนวทางที่พึงประสงค์ มีการทำงาน แนวคิด ทักษะคติที่ดีไปในแนวทางเดียวกัน สอดคล้องกับ Chittaruttha (2010) ที่เห็นว่า วัฒนธรรมองค์กรเป็นปัจจัยสำคัญมากในการบริหารจัดการ คุณค่าเชิงปทัสสถาน และพฤติกรรมที่ประกอบขึ้นเป็นวัฒนธรรมขององค์กรทำให้องค์กรแห่งหนึ่งมีอัตลักษณ์ต่างจากอีกแห่งหนึ่งอย่างสิ้นเชิง รวมทั้งมีอิทธิพลถึงความสำเร็จที่แตกต่างกันขององค์กรแต่ละแห่งด้วย

การประชาสัมพันธ์ เป็นการติดต่อสื่อสารระหว่างหน่วยงาน หรือองค์กร และกลุ่มประชาชนเป้าหมาย เพื่อสร้างความเข้าใจ และความร่วมมือตลอดจนความสัมพันธ์ที่ดี ทำให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับ Seankosa, Kosonkittiumporn, & Poosri (2014) ที่เห็นว่า การประชาสัมพันธ์ เป็นหนึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการบริหารจัดการกองทุนฯ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในเครือข่ายเขตบริการ ขภาพที่ 7 กลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์ (ร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์)

การจัดการความเป็นผู้นำหรือภาวะผู้นำ ที่แสดงผ่านการปฏิบัติงานของผู้นำหรือคณะกรรมการกองทุน ในการชักจูง โน้มน้าวหรือสนับสนุนภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องมาร่วมกันทำงานเพื่อทำให้กองทุนประสบความสำเร็จบรรลุตามเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่วางไว้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Srisompong (2016) เห็น

ว่า การบริหารจัดการแบบร่วมมือในโครงการคลองหมอนนา ตำบลรำแดง อำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา กลไกการบริหารจัดการแบบร่วมมือ ดำเนินการโดยการตกลงร่วมกันและอาศัยแรงจูงใจในการร่วมโครงการ ซึ่งเกิดจากความไว้วางใจซึ่งกันและกัน การใช้ภาวะผู้นำแบบอำนวยความสะดวกของนายกองค์การบริหารส่วนตำบลในฐานะผู้นำเครือข่าย และสอดคล้องกับ Sun (2017) ที่เห็นว่า ในการกระบวนการของการให้คำปรึกษาเพื่อให้เห็นแสดงบทบาทอย่างเต็มที่ในการทำงานร่วมกัน เพื่อให้เกิดประโยชน์และบรรลุผลสำเร็จของพวกเขา ความสามารถในการเป็นผู้นำของคณะกรรมการมีความสำคัญ โดยเฉพาะการกระจายความเป็นผู้นำและการแลกเปลี่ยนบทบาทซึ่งกันและกัน

การจัดการความรู้ เป็นการรวบรวมองค์ความรู้ที่มีอยู่ในกองทุน ซึ่งมีการกระจายอยู่ในตัวบุคคล กระบวนการทำงานหรือเอกสาร มาพัฒนาให้เป็นระบบ เพื่อให้ทุกคนในกองทุนสามารถเข้าถึงความรู้ และพัฒนาตนเองให้มีความรู้ และมีความสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับ Khotwantha, Phromsatyaporn, & Hanjansit (2014) เห็นว่า ปัจจัยหนึ่งของการสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ เป็นการนำองค์ความรู้และภูมิปัญญาท้องถิ่น และปราชญ์ชุมชน มาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อชุมชน และสอดคล้องกับ Punyawaro, Manmee, & Yenjaime (2018) การพัฒนาองค์กรด้วยหลักการ Knowledge Management (KM) ก็จะทำให้ทุกคนในองค์กรแสวงหาความรู้ร่วมกัน ไม่ว่าจะป็นระดับผู้นำ ผู้ประสานงาน และผู้ปฏิบัติงาน เพื่อพัฒนางาน พัฒนาคณะ พัฒนาองค์กร ให้มีประสิทธิภาพ และสามารถนำความรู้ที่ได้มาต่อยอดเป็นเป็นนวัตกรรมใหม่ และองค์กรสามารถพัฒนาเปลี่ยนแปลงไปสู่เป้าหมายได้อย่างยั่งยืน

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นควรมีแผนการติดตามโครงการเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ และดำเนินการตรวจสอบผลการดำเนินงาน และประเมินผลโครงการ รวมทั้งการรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ เพื่อใช้เป็นข้อมูลสารสนเทศในการพัฒนาโครงการอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถติดตามและประเมินประสิทธิภาพของกองทุนหลักประกันสุขภาพในประเด็นผู้สูงอายุได้
2. กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ควรมีแผนการจัดการทรัพยากร ทั้งการจัดการทรัพยากรบุคคลให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุ และการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการอย่างต่อเนื่อง การจัดสรรงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุอย่างเพียงพอและเหมาะสม
3. กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ควรสร้างรูปแบบวัฒนธรรมองค์กรให้เกิดขึ้น ทั้งลักษณะการทำงานที่ต้องมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีการรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะทั้งภายในและภายนอก รวมทั้งสร้างความร่วมมือการทำงานสู่ความเป็นทีมของเครือข่าย และการทำงานที่อาศัยข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ
4. กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ควรมีแผนการประชาสัมพันธ์ไปยังกลุ่มเป้าหมายโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ องค์กร หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ รวมทั้งการประยุกต์ใช้สื่อที่มีความหลากหลายเพื่อให้เข้าถึง มีความเข้าใจ และสนใจการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่
5. กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ควรมีการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการทุกคนสู่ความเป็นผู้นำ ที่สามารถประสานงาน โน้มน้าวหรือจูงใจ สนับสนุนกลุ่มผู้สูงอายุ องค์กร หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
6. กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ควรมีการจัดการความรู้ผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อถ่ายทอด สื่อสารและทำความเข้าใจการจัดทำโครงการสู่เครือข่ายอย่างกว้างขวาง
7. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สามารถนำผลการศึกษากลับมาผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นที่ได้ไปกำหนดนโยบายและแนวทางต่อการพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นให้มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในเชิงลึกด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ
2. ควรนำผลการศึกษาที่ได้ไปวิจัยและพัฒนาเพื่อสร้างรูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น
3. ควรมีการศึกษาปัจจัยการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทุกระดับทั้งในระดับเทศบาลนคร เทศบาลเมือง และเทศบาลตำบลเพื่อเปรียบเทียบผลการศึกษาและการพัฒนารูปแบบให้มีความเหมาะสมในแต่ละระดับ หรือพื้นที่
4. ควรมีการนำแนวคิดการอภิบาลผ่านความร่วมมือไปประยุกต์ใช้ในการวิจัยเพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่

References

- Angsuchoti, S., & Phuangsomjit C. (2014). *Analysis and Interpretation of Data Unit at 11 in Educational Management Research Unit at 11-15*. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University. (in Thai)
- Chaimay, P. (2013). Sample Size Determination in Descriptive Study in Public Health. *Thaksin University Journal*, 16(2), 9-18. (in Thai)
- Chaisawang, C., Khamrat, C., & Banchonhattakit, P. (2009). The Development of Local Health Assurance Funds in Fao Rai District, Nong Khai Province. *Khon Kaen University Journal for Public Health Research*, 2(2), 71-78. (in Thai)
- Chatameena, W., Warasai, W., & Chindapol, R. (2008). Success Factors for Manage and Operate the Project of Phrae and Phitsanulok Provincial Administration Organization. Bangkok: The Thailand Research Fund. (in Thai)
- Chittaruttha, C. (2010). *Organizational Culture, Sustainable Success Factors*. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House.
- Cronbach, L. J. (1970). *Essentials of Psychological Testing*. New York: Harper and Row
- Daniel, W. W., & Cross, C. L. (2013). *Biostatistics A Foundation for Analysis in the Health Sciences* (10th ed.), (pp. 189). United States of America: Edwards Brothers Mallo.
- Department of Royal Rainmaking and Agricultural Aviation. (2017). *Organisational Culture Plan Department of Royal Rainmaking and Agricultural Aviation (2017), Fiscal Year 2017*. Retrieved November 1, 2019 from https://www.royalrain.go.th/upload/culture_doc1.pdf (in Thai)
- Emerson, K., & Nabathci, T. (2015). *Collaborative Governance Regimes*. Washington, DC: Georgetown University Press Washington.
- Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. (2015). *Elderly Situation Thailand 2014*. Bangkok: Amarin Printing and Publishing.
- Lacharoj, S. (1994). *Criteria and Methods of Educational Measurement and Evaluation in Schools*. In: *Teaching Document Management and Management Academic Series Educational Measurement and Evaluation Unit 1-7*. Nonthaburi: University Sukhothai Thammathirat Open University. (in Thai)



- lanrum, S., Promaruk, T., & Talubnin, K. (2015). The Potential Development of Board Directors of Health Insurance Fund Muang Fang Sub-district, Muang District, Buriram Province. *Journal of Science & Technology, Ubon Ratchathani University*, 17(1), (pp. 10-22). (in Thai)
- Jamsomboon, S. (2016). Sustainable Administration and Managerial Effectiveness of Honor Programs Promotion Station of The Royal Thai Army Radio and Television. *Journal of the Association of Researchers*, 21(3), (pp. 182-196). (in Thai)
- Kaemkate, W. (2012). *Research Methodology in Behavioral Sciences*. (3rd ed). Bangkok: Chulalongkorn University Printing House. (in Thai)
- Khotwantha, S., Phromsatyaporn, V., & Hanjansit, K. (2014). Development of Strategic Management Models of Local Health Assurance Fund on Kaeng Kheng Subdistrict Administration Organization Kut Khaopun District, Ubon Ratchathani Provinc. *Research and Development Health System Journal*, 7(2), 284-295. (in Thai)
- Kuder, G. F., & Richardson, M. W. (1937). The Theory of the Estimation of Test Reliability. *The Psychometric Society*, 2(3), 151-160.
- Morgan, L. A., & Kunkel, S. (2016). *Ageing, Society, and the Life Course*. (5th ed). New York: Springer Publishing Company.
- National Health Security Office. (2014). *Operation Manual of The Local Health Security Fund*. Bangkok: Sahamit Printing and Leasing Company Limited. (in Thai)
- National Health Security Office. (2017). *Local Health Security Fund Summary Report*. Retrieved January 10, 2017 from https://obt.nhso.go.th/obt/budget_overview_report
- National Reform Council. (2015). *Reform Agenda 22: Reforming the Health Service System, Reform Agenda 23: Reforming the Health Promotion, Prevention, Disease Control and Health Hazards and Reform Agenda 24: Reforming the Management Systems and Health Systems Financing*. Bangkok: The Secretariat of The House of Representatives. (in Thai)
- Phuntulee, S., & Wanitchanon, W. (2014). *The Managerial Competency Development of Local Health Security Fund Committees: A Case Study of Committees in Tambol Level, Muang District, Phrae Province*. Research report, Maejo University. (in Thai)
- Punyawaro, P., Manmee T., & Yenjaima, R. (2018), Corporate Development by Creating. KM. *Journal of MCU Alumni Association*, 7(1), (pp. 83-92) (in Thai)
- Seankosa, R., Kosonkittiumporn, S., & Poo Sri S. (2014). Management Model of Local Health Assurance Fund in 7th Health Service Network in Roi-Kean Sarasin Provincial Group (Roi-ed, Khon Kean, Maha sarakham, and Kalasin). *Journal of the Graduate School Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage*, 8(2), (pp. 158-168). (in Thai)
- Srisompong, W. (2016). *Collaborative Governance in Khlong Mhonna Project Ramdang Sub-District, Singhanakorn District, Songkhla Province*. A Thesis Submitted in Fulfilment of The Requirements for the Degree of Master of Public Administration, Prince of Songkla University. (in Thai)
- Sun, X. (2017). Research and Prospect of Collaborative Governance Theory. *Public Policy and Administration Research*, 7(7), (pp. 50-53)



- Taweessit, S., Sanphuwan, M., & Chuanwan S. (2013). *Population and Society in ASEAN. Challenges and Opportunities*. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University. (in Thai)
- Thanadechawat, N., Sadaenghan, P., & Ingard A. (2017). Behavioral Assessment from Kirkpatrick Evaluation Concept, The Case of Digital Leader Training Project. *Burapha Journal of Business Management*, 6(1), (pp. 66-80). (in Thai)
- Thomson, A. M., Perry, J. L., & Miller, T.K. (2015). *Linking Collaboration Processes and Outcomes: Foundations for Advancing Empirical Theory in Big Ideas in Collaborative Public Management*. (2nd ed.), (pp.97-120). New York: Routledge.
- United Nations. (2015). *World Population Ageing Report 2015*. New York: Department of Economic and Social Affairs Population Division.
- Vanichbuncha, K., & Vanichbuncha, T. (2017). *SPSS for window*. Bangkok: Rongphim Samlada. (in Thai)
- World Health Organization. (2016). *Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health (2016 - 2020): A Framework for Coordinated Global Action by the World Health Organization, Member States, and Partners Across the Sustainable Development Goals*. Retrieved November 21, 2016 from <https://www.who.int/ageing/GSAP-Summary-EN.pdf?ua=1>